



2. Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения. Федеральные клинические рекомендации / Б.И.Асланов, Л.П.Зуева, Е.Н.Колосовская, А.В.Любимова, В.Ю.Хорошилов, А.А.Долгий, М.Г.Дарьина, И.Г.Техова. – М., Б.и. – 2014. – 42 с.
3. Светульников И.С. Методы социально-экономического прогнозирования. Т. 2 Модели и методы : учебник и практикум для академического бакалавриата / И.С.Светульников, С.Г.Светульников. – М. : Изд-во Юрайт, 2018.– 447 с.
4. Тихилов Р.М. Современное состояние проблемы использования внутреннего остеосинтеза при лечении пострадавших с переломами длинных костей конечностей в условиях городского многопрофильного стационара российского мегаполиса / Р.М.Тихилов, И.Г.Беленький, Д.И.Кутянов // Травматология и ортопедия России. – 2012. - №4. – С. 17-25.
5. A risk calculator for short-term morbidity and mortality after hip fracture surgery / A.J.Pugely, C.T.Martin, Y.Gao, N.F.Klocke, J.J.Callaghan, J.L.Marsh // J. Orthop. Trauma. – 2014. – Vol. 28, №2. – P. 63-69. doi: 10.1097/BOT.0b013e3182a22744.
6. Effect of a standardized treatment regime for infection after osteosynthesis / P.Hellebrekers, L.P.Leenen, M.Hoekstra, F.Hietbrink // J. Orthop. Surg. Res. – 2017. – Vol. 12, №1. – P.41. – doi: 10.1186/s13018-017-0535-x.
7. Hankins T.L. Blood, dirt, and nomograms / T.L.Hankins // Chance. – 2000. – Vol. 13, №1. – P. 26–37.
8. Infection in Orthopaedics / G.E.Cook, D.C.Markel, W.Ren, L.X.Webb, M.D.Mc Kee, E.H.Schemitsch // J. Orthop. Trauma. – 2015. – Vol. 29, №12. – P. 19-23
9. Statistics review 14: Logistic regression. / V.Bewick, L.Cheek, J.Ball // Crit Care. – 2005. – Vol. 9, №1. P. 112-118. doi: 10.1186/cc3045.
10. The treatment of intramedullary osteomyelitis of the femur and tibia using the Reamer-Irrigator-Aspirator system and antibiotic cement rods / N.Kanakaris, S.Gudipati, T.Tosounidis; P.Harwood, S.Britten, P.V.Giannoudis // J. Bone Joint Surg. – 2014. – Vol. 96-B, №6. – P. 783-788.

УДК: 616-056.257-085

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Толстикова Е.А.¹, Азарков С.Ф.², Больбот Ю.К.¹

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

²Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, г.Днепр, Украина

Аннотация. Ожирение в детском и подростковом возрасте достигло масштабов эпидемии во всем мире, распространяясь в геометрической прогрессии. Большинство молодых людей с ожирением переносят его во взрослую жизнь, с развитием осложнений: диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний. Ожирение отрицательно влияет на социальное и эмоциональное здоровье детей и подростков. Предоставление вариантов терапии ожирения, которые адаптированы для подросткового населения, является первостепенной, но



сложной задачей. Многофакторная этиология ожирения наряду со значительными изменениями, происходящими в подростковом периоде, все более усложняют подход к ведению пациентов подросткового возраста с ожирением. Обсуждаемая в обзоре тактика ведения ожирения включает имеющиеся в настоящее время поведенческие и фармакологические вмешательства. Эффективные и наименее инвазивные методы лечения, адекватные вспомогательные меры, включая специализированные центры, обеспечивающие комплексное лечение, имеют решающее значение.

Ключевые слова: ожирение, дети, подростки, тактика ведения.

Актуальность. Ожирение является глобальной проблемой здравоохранения, в том числе у детей и подростков. По последним данным около 20% детей в мире страдают избыточной массой тела и ожирением. Распространенность тяжелого ожирения в детском и подростковом возрасте с 1985 года выросла по меньшей мере в 4 раза. Дети и подростки, страдающие ожирением, испытывают эмоциональные, социальные и физические последствия для здоровья, включая нарушения роста и траектории развития. Большинство подростков с ожирением переносят избыточную массу тела и ожирение во взрослую жизнь, подвергаясь повышенному риску сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и возникновению некоторых видов рака [2].

Подростковый возраст, определяемый от 11 до 18 лет, представляет собой уникальный период психологических изменений, характеризующийся повышением самостоятельности, ослаблением восприимчивости к авторитету взрослых и снижением навыков саморегуляции. Данные изменения могут повлиять на рискованное поведение и импульсивность, играющих немаловажную роль в развитии ожирения. Даже в этом относительно узком возрастном периоде существуют различия по возрасту в психическом и эмоциональном развитии. В этой связи некоторыми авторами предложено различать периоды подросткового возраста следующим образом: ранний - 11-13 лет, средний - 13 - 15 лет и поздний 15 - 18. Отличительные особенности каждого периода помогают объяснить, почему работа с подростками может быть сложной и требует различных подходов [5]. Определение эффективных стратегий лечения ожирения у детей и подростков имеет первостепенное значение, но осложняется многофакторной его этиологией. Кроме того, ожирение у подростков тесно связано с низким социально-экономическим статусом. Маловероятно, что одна схема организации диагностического поиска и лечения будет учитывать различную этиологию, лежащую в основе ожирения, и проявит эффективность в разных популяциях.

Принимая во внимание, что соответствующие подходы к лечению ожирения у подростков должны учитывать возраст, пол, пубертатный статус, тяжесть патологического процесса, основную его этиологию, осложнения с ним связанные, психосоциальные факторы, а также предпочтения пациента и семьи, представляется актуальным обзор новейших зарубежных данных, отражающих современное состояние проблемы основных поведенческих и фармакологических



вариантов вмешательства для руководства стратегией и тактикой ведения детей и подростков с ожирением.

Важно подчеркнуть, что существовавшая и доселе существующая практика ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением не привела к эффективному снижению подросткового ожирения; следовательно, актуальным видится поиск будущих направлений, которые способны обозначить стратегический вектор уменьшения риска развития и серьезности осложнений ожирения среди детей и подростков.

Цель и задачи исследования. Представить наиболее актуальные подходы к клиническим и социально значимым аспектам менеджмента ожирения у детей и подростков путем анализа новейших зарубежных научных данных, касающихся проблемы организации помощи детям и подросткам с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Проанализированы современные зарубежные базы данных PubMed 2019 года, касающиеся проблемы диагностики и тактики оказания медико-социальной помощи детям и подросткам с ожирением.

Результаты. Ожирение является хроническим заболеванием, как мультифакториальным по причинам, так и многовекторным по проявлениям, что делает его диагностически сложным, особенно в детском и подростковом возрасте.

В регуляции веса и развитии ожирения у детей участвуют различные механизмы, в том числе генетика, влияние на развитие («метаболическое программирование» или эпигенетика), индивидуальное и семейное поведение, а также факторы окружающей среды. Относительная важность каждого из этих механизмов является предметом текущих исследований и, вероятно, значительно варьируется между людьми и группами населения.

Среди этих потенциальных механизмов только факторы окружающей среды могут быть модифицируемыми в младенчестве и детстве. Таким образом, профилактика и лечение избыточного веса и ожирения у детей в условиях первичной медицинской помощи сосредоточены на изменении поведения, которое приводит к чрезмерному потреблению и недостаточным расходам энергии. Эксперты, которые сосредотачиваются на сердечно-сосудистом здоровье (а не на ожирении как таковом), рекомендуют очень похожее поведение в отношении здоровья, с несколько иной точкой зрения.

Следует отметить, что практика не привела к эффективному снижению подросткового ожирения на уровне популяции. В этой связи актуальным представляется поиск будущих направлений, которые могут вдохновить новые стратегии в обеспечении предотвращения возникновения, прогрессирования и развития серьезных жизнеугрожающих последствий ожирения среди детей и подростков.

Определение. Термин «ожирение» относится к избытку жира. Однако методы, используемые для непосредственного измерения жира в организме, недоступны в повседневной практике. По этой причине ожирение обычно



оценивается по соотношению между весом и ростом (т. е. антропометрическими показателями), что дает оценку количества жира тела, которая используется для клинических целей. Индекс массы тела (ИМТ) является общепринятым стандартным показателем избыточной массы тела и ожирения для детей от двух лет и старше. ИМТ дает ориентир для веса по отношению к росту и равен весу тела (в килограммах), деленному на квадрат роста (в метрах). При этом, нормальный вес - от 5 до 85 процентиля, избыточный вес - от 85 до <95 процентиля, I класс ожирения - от 95-го процентиля до <120% от 95-го процентиля, класс тяжелого ожирения II - от 120% до <140% от 95-го процентиля или ИМТ от 35,0 до <40,0 кг / м², класс тяжелого ожирения III - $\geq 140\%$ от 95-го процентиля или ИМТ $\geq 40,0$ кг / м² [7]. Индекс массы тела легко рассчитывается и широко используется, но он является лишь косвенным показателем ожирения, поскольку не может дифференцировать мышечную массу тела и жировую ткань. Другие показатели детского ожирения, включая соотношение массы тела к росту (что особенно полезно для ребенка младше двух лет), показатели регионального распределения жира (например, окружность талии и соотношение талии и бедер) и разработанные стандарты роста Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), также являются актуальными характеристиками для определения избыточной массы тела и ожирения.

Термины избыточный вес и ожирение были определены с использованием различных методов, направленных на количественную оценку степени телесного жира и его влияния на риск развития, заболеваемость и смертность. Эта концепция еще более усложняется из-за неполного понимания и отсутствия определения здоровых и нездоровых степеней количества жира тела. Являясь неотъемлемой частью организма, жир чрезвычайно важен как для физиологического функционирования, так и для эволюционного выживания; однако точка перехода от физиологической необходимости к избыточности четко не определена, особенно в педиатрической популяции. Возникшая эпидемия ожирения и сопутствующие последствия для здоровья привели к тому, что в 2008 году был опубликован документ с изложением позиции, определяющей ожирение как болезнь. С тех пор появилась новая информация об основных механизмах, приводящих к избыточному весу и ожирению и связанным с ним структурным, кардиометаболическим и функциональным нарушениям. В дальнейшем было представлено обновленное положение по ожирению как неинфекционной хронической болезни [5].

Установление критериев заболевания или «здоровья» давно обсуждается не только врачами, но и социологами и психологами. Восприятие здоровья и болезни варьируется в зависимости от культуры, класса, пола, этнической группы, исторического времени, диагностических возможностей, преобладающих экономических условий и многих других факторов. Ожирение считалось символом статуса, отражающим богатство и власть человека в ренессансной культуре. В условиях сокращения голода остаются вопросы, например, является ли ожирение «болезнью» или просто социально неприемлемым поведением,



отражающим недостаток силы воли. Некоторые организации классифицируют ожирение как «фактор риска» хронического заболевания, подобный повышенному уровню липидов в крови. В этой связи при ограниченных ресурсах общество должно сначала применить строгие критерии для определения заболевания, а затем установить, какие заболевания «наиболее стоят вложений времени и денег». Ожирение является не только основой хронических заболеваний, таких как болезни сердца, рак, инсульт и диабет и многие другие, но само по себе может быть серьезным изнурительным состоянием.

Для оценки факторов, способствующих ожирению и связанными с ним осложнениями, необходимо провести всесторонний анализ данных истории болезни, физическое обследование и оценку лабораторных данных. В частности, необходимо уточнить сведения о предыдущих попытках похудения, социальные факторы, образ жизни, прием медикаментов и семейный анамнез.

Следует подчеркнуть, что подростки с ожирением редко перерастают избыточную массу тела, и само ожирение может привести к развитию большого количества осложнений, нарушающих нормальный рост, развитие и здоровье. В частности, ожирение у подростков связано с гипертензией, дислипидемией и нарушением метаболизма глюкозы, причем все это кластеризируется в пределах определения метаболического синдрома и может увеличить риск некоторых видов рака. Помимо физических последствий у подростков с ожирением часто возникают эмоциональные и социальные осложнения, в том числе депрессия, расстройства пищевого поведения и низкая самооценка, которые, вероятно, частично связаны со стигмой, дискриминацией и издевательствами [1].

Не существует стандартного или согласованного определения успеха потери веса для педиатрических популяций, а также для поддержания или восстановления веса. Эндокринное сообщество определяет снижение ИМТ на 1,5%, чтобы оказывать умеренное, но существенное влияние на подростков с ожирением, и в то же время заявляет, что по крайней мере 7% потеря веса рекомендуется для молодых людей с тяжелым ожирением. Реестр оценки веса у детей с ожирением, а также продолжающееся проспективное исследование по контролю веса определил успешным снижение ИМТ как минимум на 5% после 6–12 месяцев активной терапевтической тактики [3].

Важным аспектом является освещение такого момента, как связанные с весом темы, обсуждаемые с подростками, часто вызывающие у них негативную реакцию. И в этом случае медицинский персонал должен проявлять к ним сострадание и уважение. Значительная часть детей и подростков отрицательно относятся к использованию слов «жир», «большой» или «ожирение», поскольку считается, что эти термины способствуют стигматизации. В последнее время указывается, что наиболее предпочтительными для использования врачом являются термины «проблема веса» или «индекс массы тела». Кроме того, рекомендуется называть детей и подростков «людьми с ожирением», а не «пациентами с ожирением». Это важное различие, потому что и взрослые, и дети, и подростки часто не хотят, чтобы их определяли по состоянию болезни.



Заболевания определяются как «отклонения от нормальной или здоровой структуры или функции части органа или системы организма, вызванные основной этиологией, проявляющиеся характерными симптомами и признаками и приводящие к патологическим последствиям, влияющим на здоровье, чувства или функционирование». Таким образом, заболевания характеризуются дезадаптивными изменениями «нормальной» структуры и функции тела, которые обусловлены основными патофизиологическими механизмами и приводят к появлению симптомов и признаков, влияющих на здоровье. В этом классическом контексте обозначается позиция, что ожирение - это многозадачное хроническое заболевание, которое распознается на протяжении всей жизни в результате долгосрочного положительного энергетического баланса с развитием избыточных жировых отложений, которое со временем приводит к структурным, физиологическим и функциональным нарушениям. Заболевание ожирением увеличивает риск развития других хронических заболеваний и связано с преждевременной смертностью. Как и в случае других хронических заболеваний, ожирение отличается множественными фенотипами, клиническими проявлениями и реакциями на лечение.

Многокомпонентные поведенческие вмешательства. Для некоторых подростков с ожирением могут быть эффективны многокомпонентные, интенсивные программы по изменению образа жизни для снижения веса, с возможным долгосрочным поддержанием потери веса, постоянная связь между семьей и различными врачами. При необходимости врач должен опираться на междисциплинарную группу экспертов, в которую входят лицензированные диетологи, физиологи, инструкторы физкультуры, психологи и другие специалисты.

Многокомпонентные поведенческие вмешательства являются основой всех методов лечения у подростков и должны быть неотъемлемой частью лечения ожирения.

Изменение потребления пищи, как количества, так и качества, обычно включается в поведенческие вмешательства. Целью таких усилий является снижение потребления энергии при одновременном улучшении питательных качеств потребляемых продуктов.

Наиболее часто используемым подходом является диета «Светофор», которая является удобной для семейного использования. Суть ее заключается в том, что продукты питания классифицируются по цветам светофора. Входящие в зеленую группу продукты можно употреблять в пищу «всегда», поскольку они низкокалорийны и питательны и включают фрукты и овощи. Желтые продукты, или «пища, которую можно употреблять иногда», богаты питательными веществами, но калорийны. Компоненты красной группы, или «продукты, потребляемые время от времени», включают ультрапроцессированную пищу, такую как десерты, подслащенные сахаром напитки и жареную еду. Установлено, что в группах детей и подростков, использовавших диету «Светофор» на



протяжении от 6 месяцев до 2 лет, наблюдалось статистически значимое снижение ИМТ в пределах 0,18–2,6 [6].

Важно, что с точки зрения безопасности структурированные вмешательства по лечению детского ожирения, связанные с уменьшением распространенности, риска и симптомов расстройства пищевого поведения и, по-видимому, приводят к снижению проявлений депрессии и тревоги.

Другие вмешательства были сосредоточены на изменении распределения макроэлементов в рационе, в том числе «с низким содержанием жира» или «низким содержанием углеводов». Аналогично результатам, наблюдаемым у взрослых, долгосрочные исследования продолжительностью более 12 месяцев демонстрируют, что потеря веса может быть достигнута у подростков независимо от распределения макронутриентов в рационе с пониженной калорийностью. Краткосрочные исследования (8-12 недель) предположили, что очень низкокалорийная диета, обычно состоящая примерно из 800 ккал в день, может безопасно привести к быстрой потере веса и потенциально обратить вспять недавно возникший диабет 2 типа у подростков. Однако исследование было небольшим ($n = 8$) и не имело контрольной группы. Таким образом, требуются дальнейшие исследования в этом направлении [5].

Изменение расхода энергии направлено на борьбу с малоподвижным образом жизни и повышение физической активности от умеренной до активной. Тем не менее, систематический обзор и метаанализ показал, что коррекция диеты или сочетание физических упражнений и диеты привели к улучшению метаболических профилей и потере веса у молодых людей без существенных различий в потере веса между ними. Независимо от этого, увеличение физической активности улучшало кардиометаболические исходы и позволило прогнозировать устойчивое изменение веса через 10 лет после участия в мероприятиях по снижению веса у подростков. Рекомендованная физическая активность должна включать 30 минут физических упражнений умеренной интенсивности в день 5 дней в неделю или 20 минут энергичной физической активности 3 дня в неделю. Физическая активность должна быть увеличена путем ограничения времени сидячих занятий до менее чем 2 часов в день.

Поведенческое консультирование. Поведенческие стратегии часто основаны на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), помогая участникам изменять их диету, физическую активность и режим сна посредством развития навыков самоконтроля, постановки целей и контроля стимулов. Эти вмешательства помогают участникам управлять негативными эмоциональными состояниями и предотвращать появление негативных мыслей (например, определенных пристрастий к еде) с помощью методов когнитивного рефрейминга и отвлечения.

Поведенческие вмешательства на семейной основе. Семейно-поведенческое лечение потери веса - это многокомпонентное вмешательство, нацеленное на родителей и детей, и наиболее широко изученное поведенческое вмешательство для молодежи. Семейно-поведенческое лечение потери веса эффективно для улучшения состояния веса ребенка в короткие сроки и в долгосрочной



перспективе. Однако поведенческие вмешательства на сегодняшний день, по-видимому, более эффективны у детей, чем у подростков. При этом лечение потери веса как с участием только родителей, так и с участием всей семьи, более эффективный метод лечения для подростков.

Общая оценка многокомпонентных, поведенческих вмешательств по снижению веса у подростков. Многокомпонентные, интенсивные программы изменения образа жизни являются основой любого лечения ожирения среди подростков и могут быть умеренно эффективными для снижения избыточного веса, при этом возможно длительное поддержание потери веса. В частности, изменение показателя ИМТ колеблется от -0,06 до 0,13 после лечения у подростков, что соответствует изменению массы тела от -2,7% до 1,9%. Данные программы позволяют уменьшить риск и распространенность расстройств пищевого поведения и снизить частоту симптомов депрессии и тревоги. Хотя даже умеренное снижение ИМТ или процента содержания жира в организме может потенциально улучшить маркеры кардиометаболического риска, необходимы усилия для повышения эффективности многокомпонентных, поведенческих вмешательств по управлению весом среди подростков.

Фармакологические вмешательства. Фармакологические вмешательства были предложены для молодых людей с ожирением, которые не реагируют на многокомпонентную интенсивную поведенческую терапию. Однако варианты крайне ограничены. Орлистат, ингибитор липазы, является единственным лекарственным средством, одобренным Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для долгосрочного лечения ожирения у детей (≥ 12 лет), и не одобрен Европейским агентством по лекарственным средствам. Считается, что клиническое применение ограничено из-за скромной эффективности (снижение ИМТ приблизительно на 3% за 12 месяцев) и неблагоприятных эффектов, таких как маслянистые пятна и вздутие живота с выделениями.

Фентермин, ингибитор обратного захвата норэпинефрина, также одобрен FDA (но не Европейским агентством по лекарственным средствам) для использования у подростков; однако рекомендуется только для кратковременного использования (обычно интерпретируемого как 12 недель) и ограниченного подростками старше 17. Хотя рандомизированные плацебо-контролируемые исследования отсутствуют, фентермин, по-видимому, оказывает относительно скромное влияние на динамику массы тела у молодежи (снижение ИМТ приблизительно на 4% в клинических условиях). Потенциальные побочные эффекты фентермина изучены недостаточно, но, по-видимому, похожи на другие стимуляторы, например, производные метилфенидата и амфетамина, используемые для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Эндокринное сообщество предлагает прекратить фармакотерапию, если при полной дозе показатель ИМТ не снижается на 4% через 12 недель [7].

Рекомендации по уходу, новым методам лечения и будущим направлениям подросткового ожирения.



Интегрированный континуум помощи в лечении ожирения.

В недавних научных исследованиях рассматриваются варианты лечения подросткового ожирения, включающие поведенческую, фармакологическую и / или хирургическую терапию, как интегрированный континуум помощи, включающий перекрывающиеся, а не хронологические стадии. Как и в случае других хронических заболеваний, все варианты должны быть представлены клиницистом и обсуждены с пациентом и семьей. При выборе лечения следует руководствоваться возрастом, полом, половым статусом пациента, тяжестью ожирения, психосоциальными факторами, осложнениями, связанными с ожирением, ожидаемой адаптацией к жировой массе, а также предпочтениями пациента и семьи. Комплексный, осмысленный поведенческий образ жизни, включающий изменение поведения, имеет важное значение и должно служить ключевым компонентом для всех методов лечения. Чтобы повысить вероятность потери веса у подростков, лица, обеспечивающие уход, должны быть вовлечены в лечение, стимулировать желание подростка вносить изменения в домашнюю пищу и моделировать здоровое поведение. Это максимально увеличит потенциал лечения путем изменения общей семейной среды и должно поощряться в зависимости от условий лечения. Кроме того, поведенческие и фармакологические вмешательства должны быть интегрированы таким образом, чтобы многокомпонентное поведенческое лечение могло усилить действие лекарств.

Непрерывность оказания медицинской помощи необходима для успешного лечения подросткового ожирения с течением времени. Кроме того, вмешательства должны включать в себя специально обученных кураторов в педиатрических медицинских центрах, ориентированных на пациентов, которые могут служить связующим звеном между семьей, пациентом и различными медицинскими работниками, особенно когда пациенты ориентируются в поведенческих, фармакологических и хирургических методах лечения. По мере того, как подростки с ожирением достигают зрелого возраста, необходимо скоординированное планирование для эффективного перехода от педиатрических врачей к лечению взрослых. На сегодняшний день такие программы перехода к ожирению ограничены, и необходимы исследования для разработки и оценки этих клинических путей.

Будущие направления для многокомпонентных, поведенческих вмешательств.

Традиционно лечение ожирения основывалось на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), при которой участникам предлагается изменять мысли и управлять негативными эмоциями с помощью когнитивного рефрейминга и отвлечения. Однако исследования на взрослых предлагают тактику, которая помогает повысить значимость изменения диеты, физической активности в большей степени путем изменения жизненных ценностей и акцентирование внимания на таких навыках, как готовность участвовать в изменении поведения, совместимом с саморегуляцией и осознанием



необходимости и целесообразности поставленных задач по регуляции веса. Указанная тактика может быть более эффективной для похудения, чем традиционная поведенческая терапия. Учитывая, что подростковый период уникально характеризуется изменениями в умственном развитии, которое препятствует саморегуляции и исполнительной функции, навыки, полученные с помощью упомянутой тактической схемы, могут быть особенно актуальны для подростков. Будущие исследования должны изучить эффективность приведенных вмешательств для потери веса у подростков.

Более того, учитывая, что существует значительная разница по возрасту в умственном и эмоциональном развитии по мере роста и развития подростков, одинаковые вмешательства вряд ли будут эффективными в каждом периоде подросткового возраста. Таким образом, вмешательства могут быть улучшены путем учета изменений в исполнительных функциях, которые могут повлиять на рискованное поведение, факторы саморегуляции и импульсивность. К другим факторам, которые следует учитывать при адаптации вмешательств, могут относиться социальные факторы и необходимость независимости и автономии. Кроме того, по сравнению с другими хроническими заболеваниями существует несколько стратегий лечения ожирения у подростков. Многие виды лечения остаются недостаточно финансируемыми и недостаточно используются медицинскими работниками.

Одним из способов решения этих проблем является смещение приоритетов исследований с целью включения методов научной реализации для строгого индивидуализированного и персонифицированного вмешательств, которые продемонстрировали эффективность в рандомизированных клинических испытаниях, но впоследствии потерпели неудачу при внедрении в клинических или общественных условиях. Тем не менее, на сегодняшний день констатируется недостаточное внедрения научных разработок в лечение ожирения. С использованием новейших достижений науки акцентом на устойчивые и легко распространяемые программы профилактики и лечения ожирения, прогресс может ускориться в борьбе с эпидемией ожирения и последствиями сопутствующих заболеваний.

Будущие направления фармакологических вмешательств. Несмотря на затишье в разработке фармакологических методов лечения детского ожирения в течение последнего десятилетия, не исключено, что в течение последующих 5 лет будет доступно как минимум 2 новых препарата для педиатрического применения (в возрасте от 12 до 18 лет). Высокая доза лираглутида (3 мг/день), агониста глюкагоноподобного пептидного рецептора-1, оценивается в большом клиническом исследовании безопасности и эффективности среди молодых людей с ожирением, в то время как более низкие дозы лираглутида уже были одобрены для подростков с диабетом 2 типа. Комбинация фентермина и топирамата также оценивается на предмет безопасности и эффективности у подростков с ожирением в рамках клинического испытания, начатого в 2019 году. Фентермин и топирамат не были одобрены Европейским агентством по лекарственным



средствам для лечения ожирения у взрослых. Вместе с тем, продолжается педиатрическое исследование эффективности применения этих схем и получение одобрения FDA. Как лираглутид, так и фентермин / топирамат продемонстрировали степень снижения веса, которая считается клинически значимой для взрослых, что является хорошим предзнаменованием для потенциальной эффективности у подростков. Два дополнительных вмешательства одобрены FDA для использования у взрослых с ожирением, но не прошли испытания у молодых людей, включая лорказерин (селективный агонист рецептора серотонина) и комбинацию налтрексона (антагонист опиоидов) и бупропиона (ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина). Другим известным препаратом, благодаря его высокой эффективности, является семаглутид (агонист рецептора глюкагоноподобного пептида-1), который в настоящее время находится на III фазе испытаний для взрослых. Исследования взрослой фазы II показали, что средняя потеря веса составила приблизительно 10%.

Доказательная медицина стремится выявлять факторы, которые предсказывают реакции на различные виды лечения, синтезировать информацию и применять ее для выбора индивидуальных методов лечения, разработанных для достижения оптимальных результатов для здоровья, а также минимизации рисков для пациентов. Хотя область точной медицины ожирения еще только зарождается, она может кардинально изменить взгляды миллионов людей во всем мире, страдающих ожирением и его осложнениями. В целом, снижение ИМТ при всех типах педиатрических вмешательств по ожирению демонстрирует высокую степень гетерогенности.

Вместе с тем, было показано, что ранняя успешная потеря веса в течение 1 месяца позволяет дифференцировать молодых людей, которые с большей вероятностью испытывают клинически значимое снижение ИМТ через 6 месяцев и 1 год. Аналогичным образом, исходная патология расстройства пищевого поведения и самооценка аппетита были определены в качестве потенциальных предикторов реакции на изменение образа жизни и фармакотерапию у молодых людей.

Выводы. Таким образом, ожирение у детей и подростков является одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения нашего времени. Терапевтическая тактика ведения подросткового и детского ожирения заслуживает тех же ресурсов, значительных научных изысканий и доступа к качественной, пожизненной помощи, предоставляемой пациентам с другими хроническими заболеваниями. Крайне необходимы специальные ресурсы для разработки эффективных и менее инвазивных методов лечения и эффективных вспомогательных средств (например, программ фармакотерапии и образа жизни). Кроме того, существует недостаточное количество комплексных центров, предлагающих специализированное педиатрическое лечение ожирения, специалистов по медицине ожирения. Лечение ожирения у подростков, вероятно, потребует, в частности, в рамках первичной медицинской помощи, где врачи



предлагают диагностические услуги, выявляют и лечат осложнения ожирения, а также, когда это уместно, назначают или направляют для выбора вариантов фармакологического или хирургического лечения. Тем не менее, обученные менеджеры и специалисты, которые могут проводить поведенческие вмешательства, такие как зарегистрированные диетологи и психологи, должны быть частью медицинской команды в рамках педиатрической практики первичной медико-санитарной помощи для реализации поведенческого вмешательства и помощи в вопросах, связанных с воспитанием детей с расстройствами пищевого поведения, предотвращения курения и употребления наркотиков, а также соблюдения режима лечения. В совокупности это подчеркивает острую необходимость в дополнительных исследованиях и обучении медицине ожирения всех врачей и выделении ресурсов для специалистов по поведенческой терапии для реализации многокомпонентных вмешательств по лечению подросткового ожирения. Поскольку все больше фактов свидетельствует о пагубных последствиях избыточного ожирения в подростковом и последующем возрасте, наша этическая обязанность - обеспечить на протяжении всей жизни доступ к качественному, основанному на фактических данных лечению ожирения.

Профилактика и лечение ожирения в глобальном масштабе невозможны только в клинических условиях. Необходимо внести изменения в социальные и культурные нормы в разных секторах (правительство, образование, здравоохранение, маркетинг, производство продуктов питания и напитков) и в различных условиях (школы, рабочие места и общество). Однако эти рекомендации выходят за рамки данного обзора.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Агарков, С.Ф. Клинико-психологические факторы, влияющие на качество жизни подростков с ожирением. / Агарков С.Ф., Толстикова Е.А., Бондарева М.Д. // Материалы VI Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции «Здоровье населения и качество жизни». – Санкт-Петербург, 2019. - С.18-24.
2. Cardel MI, Jastreboff AM, Kelly AS. Treatment of adolescent obesity in 2020. JAMA. 2019. doi:10.1001/jama.2019.14725ArticlePubMedGoogle Scholar
3. Gross AC, Kaizer AM, Kelly AS, et al;POWER Work Group. Long and short of it: early response predicts longer-term outcomes in pediatric weight management. Obesity (Silver Spring). 2019;27(2):272-279. doi:10.1002/oby.22367PubMedGoogle ScholarCrossref
4. Inge TH, Courcoulas AP, Jenkins TM, et al; Teen-LABS Consortium. Five-year outcomes of gastric bypass in adolescents as compared with adults. N Engl J Med. 2019;380(22):2136-2145. doi:10.1056/NEJMoa1813909PubMedGoogle ScholarCrossref



5. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a disease: the Obesity Society 2018 Position Statement. Obesity (Silver Spring). 2019;27(1):7-9. doi:10.1002/oby.22378PubMedGoogle ScholarCrossref
6. Jebeile H, Gow ML, Baur LA, Garnett SP, Paxton SJ, Lister NB. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. Obes Rev. 2019;20:1287-1298. doi:10.1111/obr.12866Google Scholar
7. Srivastava G, Fox CK, Kelly AS, et al. Clinical considerations regarding the use of obesity pharmacotherapy in adolescents with obesity. Obesity (Silver Spring). 2019;27(2):190-204. doi:10.1002/oby.22385PubMedGoogle ScholarCrossref

УДК 316.6: 159.9

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОТНОШЕНИЮ К БОЛЕЗНИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Тратинко Т.В.

Белорусский государственный университет, Минск

Аннотация. В статье проводится теоретический анализ проблемы качества жизни и отношения к болезни, лиц страдающих туберкулезом. Дана характеристика факторов, влияющих на отношение пациента к своей болезни. Представлены результаты проведенного исследования, позволившие выявить гендерные особенности качества жизни и отношения к болезни у лиц, страдающих туберкулезом.

Ключевые слова: качество жизни, отношение к болезни, туберкулез, гендерные особенности

Актуальность. Уровень и качество жизни являются одними из важнейших социально-экономических категорий, характеризующих благосостояние населения страны. Поэтому на современном этапе особую актуальность приобретают вопросы повышения качества и уровня жизни населения, то есть благосостояния, которое является не только результатом, но и абсолютно необходимой предпосылкой экономического роста. Традиционно с вопросами теоретического анализа качества жизни тесно связаны проблемы их научно-прикладного изучения.

Здоровье во многом зависит от образа жизни человека, который ему свойственно выбирать самостоятельно в зависимости от собственных психофизиологических, индивидуальных особенностей, в соответствии со своими ценностями, убеждениями и привычками. В свою очередь, проблемы со здоровьем во многом влияют на многие аспекты нашей жизни, в том числе и на качество жизни.

Актуальной проблемой на сегодняшний день является такое заболевание, как туберкулез. Данная болезнь интерпретируется не только медицинским аспектом на личностном уровне, но и на общественном, детерминируемом